SAINT
LUC
EDICAL

N° 6

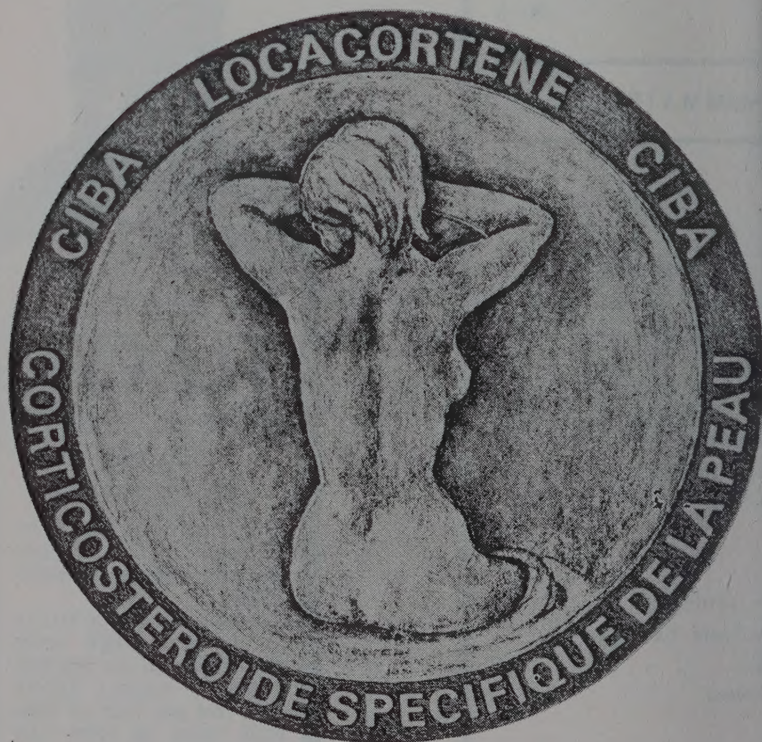
SOMMAIRE



Pour le

traitement des eczéma
Locacortèn

Un corticostéroïde de bon aloi



A chaque cas la forme qui convient

Lotion :	flacon de	15
Crème :	tube de	15
Onguent :	tube de	15
Crème + néomycine :	tube de	15
Onguent + néomycine :	tube de	15

C I B A

notes et documents...

...sur la régulation des naissances ... et la démographie

1. de populorum progressio

37. **Démographie.**

Il est vrai que trop fréquemment une croissance démographique accélérée ajoute ses difficultés aux problèmes du développement : le volume de la population s'accroît plus rapidement que les ressources disponibles. La tentation dès lors est grande de freiner l'accroissement démographique par des mesures radicales.

Il est certain que les pouvoirs publics, dans les limites de leur compétence, peuvent intervenir en développant une information appropriée et en prenant les mesures adaptées, **pourvu qu'elles soient conformes aux exigences de la loi morale et respectueuses de la juste liberté du couple.** Sans droit inaliénable au mariage et à la procréation, il n'est plus de dignité humaine.

C'est finalement **aux parents de décider, en pleine connaissance de cause, du nombre de leurs enfants, en prenant leurs responsabilités devant Dieu, devant eux-mêmes, devant les enfants qu'ils ont déjà mis au monde, et devant la communauté à laquelle ils appartiennent ;** suivant les exigences de leur conscience instruite par la loi de Dieu, authentiquement interprétée et soutenue par la confiance en Lui.

2. en attendant que parle le Pape : urgence, réflexion, indiscrétion (1)

Parmi les mille spécialistes de la régulation des naissances venus de 84 pays qui se sont retrouvés le 10 avril à Santiago du Chili pour l'ouverture de la huitième conférence mondiale pour la parenté res-

(1) Article repris au I. C. I., n° 287, 1-5-1967. Nous remercions la rédaction pour son aimable autorisation de reproduire ce texte.

ponsable, la présence d'ecclésiastiques catholiques fut remarquée, d'autant qu'il y avait parmi eux un évêque argentin, Monseigneur Enrique Podesta, et la plus haute figure bénédictine du Brésil, Dom Jeronimo de Sao Cavalcantè.

Six de ces prêtres, représentant six pays latino-américains, avaient préparé une communication à la conférence, qui fut lue à la tribune par un Argentin, le P. Carlos Baccioli. Ce texte soulignait notamment que les prêtres étaient là avec autorisation ecclésiastique : « **l'Eglise ne peut rester étrangère à une telle conférence** ». Les six prêtres ont déclaré en outre que les problèmes posés par l'accroissement de la population mondiale sont « **si urgents et si importants** » qu'ils ne pouvaient pas ne pas supplier le Vatican d' « **accélérer ses études sur les questions démographiques** ».

Faut-il donc s'attendre à ce que le pape se prononce prochainement sur la régulation des naissances et qu'il se prononce en faveur d'une évolution de la doctrine de l'Eglise ? Les derniers échos recueillis à ce sujet au Vatican étaient à la prudence.

L'encyclique n'a pas changé la doctrine.

D'une part, en effet, répondant à nombre de commentateurs qui avaient cru déceler dans POPULORUM PROGRESSIO que l'enseignement de Paul VI sur cette question serait en opposition avec celui de Jean XXIII qui interdisait à l'Etat de contrôler les naissances, l'OSSERVATORE ROMANO du 19 avril a vigoureusement contesté cette interprétation. Dans un article qui apparaît, selon LA CROIX, « **d'allure officielle** », le quoitdien du Vatican relève notamment que le paragraphe consacré dans l'encyclique au problème démographique (n° 37) doit être lu et interprété dans le contexte des documents des papes contemporains et du concile. Dans ce contexte, l'emploi de l'expression « **contrôle des naissances** » sous-entend toujours : **conformément aux lois morales.**

D'autre part, is le Vatican s'est refusé à tout commentaire, il apparaît que la divulgation, par l'hebdomadaire américain NATIONAL CATHOLIC REPORTER (19 avril), des rapports des experts de la commission pontificale pour les problèmes de la famille a été plutôt mal accueillie à Rome, où certains ont voulu y voir une tentative pour faire pression sur le pape. La presse occidentale, en tout cas, a fait largement écho à ces documents. De quoi s'agit-il ? Il faut, pour le comprendre, revenir en arrière.

C'est Jean XXIII qui, tout à la fin de son pontificat, avait demandé secrètement à six experts, trois laïcs et trois ecclésiastiques, de **réexaminer l'expression des impératifs de la loi morale concer-**

nant la vie du couple en fonction de l'évolution des mœurs et des réalités sociologiques contemporaines. Ce groupe de travail ne se réunit pour la première fois qu'en septembre 1963, c'est-à-dire après l'élection de Paul VI, qui avait confirmé sa mission et devait bientôt doubler ses effectifs. Le 23 juin 1964, s'adressant au Sacré-Collège, le pape faisait pour la première fois publiquement allusion à ces études et, le 29 octobre 1964, au cours d'un débat conciliaire sur le « schéma XIII », Monseigneur Dearden, archevêque de Détroit, annonçait que le pape s'était « réservé le jugement sur la moralité de l'emploi de certains produits ».

En fait, Paul VI envisageait la question plus largement que cela. Au cours de l'hiver suivant, accédant au vœu exprimé au concile par le cardinal Suenens — et qui reflétait l'opinion de la majorité — il élargit la « commission pour l'étude des problèmes de la population, de la famille et de la natalité », en y appelant quarante savants laïcs catholiques et plusieurs ménages.

Le 27 mars suivant, le pape recevait cette commission et insistait pour qu'elle ne perde pas de vue **« l'urgence d'une situation qui demande de l'Eglise et de la suprême autorité des indications sans ambiguïté... ».** Il se demandait si l'approfondissement de la question à la lumière des progrès de la connaissance scientifique et de la réflexion théologique ne permettrait pas de lui apporter de « nouvelles solutions » en considérant **d'une part l'équilibre du couple et l'amour familial** et, **d'autre part « certains problèmes économiques et sociaux que l'Eglise n'a garde d'oublier ».** Comme le leitmoitv de cet important discours revenait le mot : « urgence... » (cf. I.C.I. n° 238).

14 voix contre 4.

Dans les mois suivants, protestations, requêtes, remarques affluaient, venues du monde entier, à la commission (cf. I.C.I. n° 239, 243, 247). En mars 1966, un groupe de seize évêques — dont les sept cardinaux Ottaviani (nommé président), Doepfner, Heenan, Suenens, Gracias, Shehan, Lefebvre — était placé à la tête de la commission. Le 18 avril 1966 s'ouvrait la dernière session de la commission à l'issue de laquelle la sous-commission des théologiens élabora un rapport de synthèse qu'elle adopta à la majorité (14 voix contre 4). Les quatre opposants rédigèrent, pour leur part, un « état de la question ». Ce sont ces deux documents qui viennent d'être publiés intégralement par le NATIONAL CATHOLIC REPORTER. Ils furent transmis au groupe de seize évêques qui se réunit du 19 au 25 juin et communiqua au pape ses propres conclusions, dont rien n'a été révélé jusqu'à présent. Paul VI étudia ce dossier l'été dernier, puis chargea un groupe de travail restreint de procéder à des études complémentaires. Le 29 octobre, li annonçait qu'il se voyait obligé de

reporter sa décision et de demander un « supplément d'études », étant donné **« la complexité et la redoutable gravité du problème »** (cf. I.C.I. n° 276 et 267). On en est là.

LA VERITABLE OPPOSITION.

Que disaient les rapports transmis l'an dernier par les théologiens de la commission aux seize évêques ? Les textes publiés par le NATIONAL CATHOLIC REPORTER sont longs et nuancés. Il est difficile de les résumer sans les trahir.

La majorité souligne la valeur du mariage et de la sexualité qu'elle situe dans une vision universelle de l'histoire du Salut et se prononce nettement pour une évolution de la position actuelle de l'Eglise. Extrayons de son texte ce passage-clé : **« L'opposition ne doit pas être recherchée dans une conformité matérielle avec les processus physiologiques de la nature et une intervention artificielle quelconque. Il est naturel que l'homme utilise la science pour qu'elle lui soumette les dons de la nature. La véritable opposition se situe entre une contraception opposée à une fécondité conçue selon la morale et la sagesse, et une façon d'agir qui a pour objet de régler la fécondité en tenant compte des responsabilités du couple en matière d'éducation et de sauvegarde des valeurs humaines et chrétiennes. »**

Au niveau des moyens, on ne peut fixer A PRIORI une règle générale valable pour tous les cas particuliers. **Chaque couple doit prendre ses responsabilités** avec une conscience formée par la loi et l'enseignement de l'Eglise et à la lumièe de l'Evangile. Il est cependant des critères d'objectifs que propose la majorité : exclusion totale de l'avortement, stérilisation définitive généralement exclue aussi. Pour le reste, il faut tenir compte de la manière dont chaque couple ressent les inconvénients de tel ou tel moyen, au plan biologique, hygiénique, psychologique, et à celui de la dignité et de l'amour conjugal. Il faut tenir compte en outre des méthodes possibles dans une région ou en une période déterminée et pour un couple déterminé. Et il est possible que la situation économique ait à influer sur la décision.

La minorité, de son côté, s'était déclarée favorable au maintien du STATU QUO essentiellement à cause du respect de la Tradition. Pour elle, **« l'Eglise a toujours enseigné que le processus de reproduction était, d'une certaine façon, particulièrement inviolable »**. Et elle souligne : **« Si l'Eglise doit maintenant admettre que son enseignement n'est plus valable... on peut craindre beaucoup que son autorité, dans presque tous les domaines moraux et dogmatiques, ne subisse un préjudice sérieux. »**

3. d'une interview à Madagascar

Le président TSIRANANA, interviewé le 13 avril 1967 à la T. V. : Hélas, nous ne sommes que 7 millions à Madagascar ! Nous pourrions être 100 millions, bien à l'aise. Malheureusement, je ne vivrai pas assez pour voir cela. Je serai déjà bien content de voir 20 millions de Malgaches... Espérons-le.

En tous cas, pas de contrôle des naissances. Dans un beau pays comme le nôtre, ON N'ASSASSINE PAS LES ENFANTS A NAITRE.

4. de Michel CEPEDE

De France-Monde les réflexions suivantes de Michel Cépède, condensées par la revue Missi (N° 5 - 1967). Michel Cépède est délégué de la France auprès de la F. A. O.

La F. A. O. a reconnu que sur cette période de dix ans, parmi les cinquante pays pour lesquels il existe des indices F. A. O. de la production, **chacun des pays dont la croissance démographique est la plus élevée** (3 % et plus par an) **a connu une augmentation moyenne annuelle de production agricole égale ou supérieure à l'accroissement démographique.**

L'aggravation de la situation alimentaire ne tient donc pas aux pays du tiers monde dont la croissance démographique est la plus élevée. Il faudrait l'attribuer plutôt aux pays dont le taux de croissance agricole est encore plus faible que leur croissance démographique. Et ces pays ne sont pas tous du tiers monde.

Nous avons pu montrer que pour cent bouches à nourrir, les pays en voie de développement disposaient d'un nombre « d'unités de travail humain » très inférieur (de l'ordre de 70 %) à celui des pays développés. **Ainsi, après une phase négative dangereuse, le développement devient la résultante d'un accroissement démographique en quantité et en qualité.**

Nous sommes dans une phase d'expansion de la production et de la population. Cette phase ne pourra évidemment se poursuivre au mê-

me rythme pendant, disons, des siècles. **Mais essayer de maintenir un " équilibre " économique où les deux tiers des hommes ont faim, en incitant ces gens à être moins nombreux, c'est LES CONDAMNER A NE PAS SE DEVELOPPER...**

5. au Japon : alarme ! pas assez de bras !

De Missi (n° 4, 1967), extrait des " Bribes japonaises " :

Le manque de bras devient alarmant. (N.d.l.R. : environ 100 millions d'habitants). Après l'introduction de travailleurs étrangers, après l'octroi d'allocations familiales, **après le renversement de la politique du " Birth Control ",** le Japon cherche de nouveaux remèdes.

En 1967, il n'y a aucun chômeur. Le Bureau de la main d'œuvre vient de lancer une grande campagne : " Les mères de famille au travail " (mars). On demande aux ménagères japonaises de venir travailler à mi-temps dans les usines et les bureaux " pour pallier le manque de travailleurs ".

6. l'avenir démographique des continents

Du même n° de Missi, ces prévisions étonnantes :

Quand on évoque le spectre de la surpopulation et des peuples affamés, c'est toujours l'épouvantail de l'Asie que l'on met en avant, la moitié de la population mondiale. Oui et non !

Comparativement à la population mondiale, c'est **au XVIIème siècle que l'AFRIQUE a** été le mieux placée, puis elle a été dépassée par l'Asie.

Vers 1800, l'ASIE comptait 66 % de la population mondiale. Elle a été surpassée à son tour par l'Europe.

C'est en 1930 approximativement que l'EUROPE atteignait son apogée.

Aujourd'hui **l'ASIE ne forme plus que 54 %** de la population mondiale et bientôt à peine 50 %. Son rapport au reste du monde va en diminuant. Cela est dû, d'une part, au fait que la fécondité de l'Asie baisse constamment, tandis que **celle de l'AMERIQUE** monte et tient même la première place sans conteste possible.

C'est en AMERIQUE LATINE que la natalité et la vitalité sont les plus fortes. Derrière elle vient l'AFRIQUE qui, après avoir connu son plus fort pourcentage au début du XVIIème siècle, était tombée au plus bas en 1930. Actuellement sa remontée est rapide. Elle n'atteint cependant pas celle de l'AMERIQUE dont la progression est phénoménale :

9 % de la population mondiale en 1920 ;
12,5 % de la population mondiale en 1940 ;
13,6 % de la population mondiale en 1950 ;
14 % de la population mondiale en 1960.

Il est vrai que ce bond est dû uniquement à l'Amérique latine. De 1960 à 1980,

le % mondial de l'Amérique Latine	augmentera	de	+ 1,67 ;
celui de l'Afrique	augmentera	de	+ 1,43 ;
celui de l'Asie	augmentera	de	+ 1,30 ;
celui de l'Amérique du Nord	diminuera	de	— 0,49 ;
celui de l'Europe	diminuera	de	— 3,65.

7. en Roumanie : promotion de la famille

A côté d'une exaltation du patriotisme et d'un indéniable zèle collectiviste, la politique nataliste de la Roumanie est également intéressante à observer.

Entre 1956 et 1966, la Roumanie a gagné 2.000.000 d'habitants : plus de 1 % par an. Cependant les dirigeants trouvent ce chiffre " bien trop faible ". Désormais **la famille est remise au premier plan :** " Les parents doivent veiller à l'éducation de leurs enfants sans se reposer sur les mouvements de jeunes. Ils doivent avoir de nombreux enfants : **l'avortement légalisé est un fléau.** Ils doivent rester unis : **le divorce sera rendu pratiquement impossible.** "

Ces impératifs du Parti ont été rapidement réalisés. Les **allocations familiales** sont désormais versées aux familles ayant plus de deux enfants. L'avortement médical est interdit. Le candidat au divorce doit d'abord verser 30.000 Francs Belges. Si le représentant de l'Etat s'oppose à celui-ci, la somme ne sera pas restituée et le divorce sera impossible (98 % des cas).

Après dix ans de poiltique " révisionniste inspirée de l'occident décadent ", déclarent les autorités, la Roumanie redécouvre la famille. (Extrait de Missi, n° 4, 1967.)

8. en Inde : désastreuse surpopulation ?

Voici quelques extraits des conclusions de L. REVERDY, président national français des Organisations familiales, au retour de la conférence internationale de New-Delhi.

Le développement économique et social, les soins de santé ont permis de ramener la mortalité infantile de 27 % à 14 %. **Les perspectives de vie à la naissance sont maintenant de 50 ans au lieu de 27 ans seulement il y a vingt ans.**

Le Gouvernement de l'Inde attache beaucoup d'importance à son programme de **planning familial.** Il fait une grande propagande par tous les moyens en faveur d'une **limitation des naissances.** Ces **mesures** sont si **impopulaires** qu'aucun parti politique n'a osé inscrire à son programme le problème de la contraception... Bien que l'on use de pressions (primes spéciales, promotions exceptionnelles pour les fonctionnaires qui se font stériliser), cette campagne rencontre une grande résistance de la population, car ces pratiques se heurtent aux convictions religieuses profondes de la majorité.

La Conférence a préconisé d'abord un **recul de l'âge du mariage :** en Inde le mariage est généralement pratiqué à un âge extrêmement prématuré : en moyenne 15 ans 1/2. Ajourner l'âge du mariage sera un grand pas accompli dans la direction du mariage responsable. Le gouvernement indien semble avoir retenu cette suggestion puisqu'il a déposé une proposition de loi tendant à porter à 21 ans l'âge du mariage pour les filles. Dans l'Etat de Mysore où l'âge du mariage a été reculé à 18 ans, le taux de natalité a été réduit de 16 % en peu de temps.

La Conférence a insisté aussi pour que, dans les mesures de planification des naissances, on respecte toujours **la liberté des époux, leur idéal du mariage et la paternité consciente,** et qu'aucune pression économique ou sociale ne soit exercée pour utiliser tel ou tel moyen de limitation.

Ce n'est pas par la limtiation forcée que l'on élèvera le niveau et le dynamisme du pays, mais par de larges mesures d'éducation, d'enseignement, de formation professionnelle, une meilleure organisation de l'emploi, le développement des techniques et l'exploitation des richesses existantes. Nous avons conscience que l'Inde peut faire cet effort.

La question est donc de **savoir ce que produit et ce que peut produire** ce pays par rapport à sa population. En Inde la **densité de la population par hectare de terre cultivable** est **nettement inférieure** à celle du Japon. Les conditions climatiques permettraient **deux récoltes par an** dans certaines régions et de produire avec les quantités d'**engrais** appropriées les céréales nécessaires à la consommation.

Une évolution accélérée transformant toutes les structures sociales et familiales est-elle possible et même souhaitable ? Ne vaudrait-il pas mieux s'en tenir à une évolution adaptée aux structures du pays ?

Elle serait plus sûre mais **il faudrait que pendant les vingt ou trente années nécessaires les pays " nantis " assurent la survie de la population indienne** et lui fournissent tous les moyens possibles d'amélioration.

développement et fetichisme médical

par le docteur J. MELON,

médecin de Medicus Mundi à bou-medfa.

Le fétichisme médical est de tous les temps et de tous les pays. Du clystère de Molière au mythe de la vitamine B12, la filiation est directe.

Pour le bonheur de tous et surtout des médecins, l'imposture échappe au commun des mortels mais j'espère que vous n'êtes pas dupes. Le charlatanisme médical, qu'il soit exercé officiellement par les homéopathes et les radiesthésistes ou officieusement par nous-mêmes. ne mérite d'ailleurs pas une condamnation sans appel, puisque la plupart des malades y trouvent une consolation certaine.

Je ne pense pas qu'il y ait dans ce domaine de profondes différences entre les habitants des pays riches et ceux des pays pauvres. Le fétichisme y revêt seulement des formes plus rudimentaires. Entre le cardiaque qui se rattache désespérément à son temps de " Quick " hebdomadaire et la matronne qui exige impérieusement la " tchéka " aux vertus magiques, il n'y a qu'une différence de degré. Mais le parallèle s'arrête là.

Dans un pays riche où la consigne est de consommer toujours plus pour maintenir et accélérer le rythme de production, le médecin qui prescrit des drogues fabuleusement chères là où l'aspirine ferait meilleur effet, ce médecin ne commet aucun crime économique. Au contraire. Le malade est fier de voir sa santé bien cotée en bourse. La sécurité sociale rembourse. le fabriquant et le pharmacien se frottent les mains. L'Etat prélève sa part sous forme d'impôts directs et indirects. Tout le monde y trouve son compte et tout est bien ainsi. Il n'y a que quelques moralistes grincheux pour s'en plaindre.

Dans un pays en voie de développement, la situation est radicalement différente. Il ne s'agit plus ici d'une économie d'abondance mais d'une économie de disette, pour laquelle l'impératif primordial est l'accumulation primitive du capital, indispensable au démarrage économique.

Tout ce qui contrecarre cet objectif vital est un frein au développement. L'importation des produits de luxe, et, singulièrement des

" gadgets " pharmaceutiques, constitue un handicap grave pour l'économie d'un pays pauvre. Or, que voyons-nous ?

En Algérie comme partout, le slogan " consommez toujours plus " a trouvé des adeptes innombrables, malgré le défaut de support publicitaire. Le rêve du plus pauvre est de posséder son transistor, sa mobylette, puis la télévision et la 403, sans oublier bien sûr... quelques injections de B12 quand le dynamsime vital vient à flancher.

Le divorce naît de ce que l'Algérie n'est pas mûre pour la Société de consommation mais que personne ne désire en tenir compte. Le gaspillage n'a pas ici d'heureux effets sur la machine de production puisque cette machine n'existe pas. Là, réside toute la problématique du sous-développement. Mais revenons à notre propos.

Sans exagérer, on peut dire qu'**un médecin qui, dans ce pays, prescrit inconsidérément des montagnes d'ampoules injectables à seule fin de flatter le fétichisme des malades, commet un crime économique.**

Ce crime n'est heureusement pas sanctionné sinon il n'y aurait pas assez de place dans la prison d'Alger pour y renfermer le peu de médecins que compte le pays. Il n'est d'ailleurs pas facile de résister à longueur de journées aux sollicitations des malades qui exigent toujours plus de " tchékas " de toutes les couleurs. Le médecin qui traite un rhume banal par l'aspirine tandis que le voisin prescrit pour la même affection des injections de Panstrilline et de Becozyme avec du Toplexil et des ampoules de Revitalose, ce médecin là, qui est honnête, court inévitablement le risque de passer pour un imbécile. Personnellement, c'est un risque que je n'hésite pas à courir, 20 ou 40 fois par jour.

C'est une question de conscience professionnelle mais surtout de civisme. L'Algérie ne peut pas se permettre des dépenses somptueuses, dans le domaine pharmaceutique pas plus qu'ailleurs. Elle nous fait confiance pour y veiller. Nous nous devons de l'honorer.

Notons en guise de conclusion qu'il est navrant de constater que c'est le secteur d'Etat, en particulier l'A.M.S., dont le budget se raréfie de façon inquiétante, qui paie en définitive la note des gaspillages du secteur privé. Un coopérant n'a pas à s'immiscer dans ces questions qui relèvent du choix politique, mais qu'il nous soit cependant permis de souligner le fait, et, de déclarer notre amertume.

J. MELON.

N.d.l.R. : Ces réflexions d'un médecin, volontaire de l'assistance technique libre valent tout autant pour nos pays dits " développés " que pour ceux en voie de développement. Les médicaments dispendieux, non absolument nécessaires ni parfois réellement utiles, sont aussi une des causes du déficit financier de notre système d'assurance-maladie.

importance actuelle de la pathologie exotique en belgique

par le docteur Paul LIMBOS,
professeur de pathologie tropicale
à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. (1)

N.d.I.R. : Il n'est pas dans les traditions de notre Revue de publier des articles dans le genre de celui que nous donnons ci-après. Nous croyons cependant rendre service à nos confrères, dont très peu lisent des revues de médecine tropicale, en attirant leur attention sur l'importance grandissante de la pathologie exotique d'importation en Belgique.

EXISTE-T-IL VRAIMENT UNE PATHOLOGIE TROPICALE ?

A l'Institut de Médecine Tropicale, une question se présente d'emblée à l'esprit du jeune médecin qui vient suivre nos cours : **existe-t-il vraiment une pathologie tropicale** ou, en d'autres termes : existe-t-il des maladies particulières aux régions tropicales ou bien à ce point prédominantes dans ces contrées qu'elles y constituent des problèmes inconnus ou rares dans nos pays tempérés ?

La réponse à cette question doit être nuancée, car plusieurs éventualités sont à envisager.

Il y a d'abord à considérer **des maladies exclusivement tropicales,** car elles ne peuvent exister, en tant qu'affections contractées sur place, que dans certaines régions bien déterminées, habituellement à cause de leur transmission par un insecte particulier, à distribution géographique strictement localisée. C'est le cas de la trypanosomiase africaine, ou maladie du sommeil qui, transmise par la piqûre d'une mouche, la glossine, appelée communément tsé-tsé, est étroitement liée à l'existence de cet insecte que l'on rencontre uniquement en Afrique tropicale.

(1) Discours académique prononcé à Anvers le 2 décembre 1966, pour l'ouverture du Colloque International sur la Schistosomiase.

Bien entendu, on peut observer en Europe des patients qui ont contracté la trypanosomiase dans un des foyers africains, mais on aborde alors le domaine de la pathologie d'importation, que je développerai dans quelques instants.

Donc, sans glossines, pas de trypanosomiase autochtone ; ce qui explique que, malgré l'importation en Amérique tropicale, pendant des siècles, à l'occasion de la traite des esclaves, de très nombreux Africains, il n'ait jamais été constaté de cas autochtones de trypanosomiase africaine dans cette région, quoique l'existence, parmi ces esclaves, d'indiscutables malades du sommeil soit prouvée par les descriptions convaincantes, faites à l'époque, par des observateurs dignes de foi.

Cette absence de propagation de la maladie est donc due au fait qu'il n'existe pas de glossines sur le Nouveau Continent, quoique les conditions climatiques s'y rapprochent parfois beaucoup de celles de l'Afrique.

La trypanosomiase africaine constitue de ce fait un exemple typique de maladie strictement tropicale.

D'autres affections, sans être absolument limitées aux régions tropicales, s'y rencontrent **plus fréquemment qu'ailleurs, par suite de certaines circonstances favorisantes qui prédominent sous les tropiques :** niveau de vie peu élevé des populations, promiscuité, manque d'hygiène, défaut de connaissances concernant la contagion, etc... ; il en est ainsi pour la lèpre, autrefois florissante en Europe, où actuellement, sous l'influence d'une amélioration constante des facteurs cités il y a un instant, elle ne constitue plus un problème de première importance.

Le manque de protection contre certaines maladies peut également expliquer leur prédominance tropicale actuelle ; c'est le cas pour la variole, qui fit tant de ravages en Europe jusqu'à la fin du 18ème siècle et en disparut ensuite presque totalement grâce à la vaccination jennérienne ; elle se rencontre encore couramment en Afrique, en Asie et en Amérique tropicale, faute d'une diffusion suffisante de cette vaccination parmi les populations intéressées.

Il existe enfin **des maladies liées étroitement aux facteurs alimentaires,** comme les avitaminoses ou la malnutrition protéique, affections que l'on rencontre surtout dans les régions sous-développées, parce que l'alimentation des habitants y est souvent insuffisante, quantitativement et qualitativement ; insuffisance beaucoup plus rare dans les pays européens, où on ne l'observe, en dehors de cas exceptionnels, que dans des circonstances de grandes catastrophes comme les guerres, révolutions, cataclysmes naturels, etc...

Il existe donc indiscutablement, en raison des divers facteurs que je viens de passer en revue, une pathologie tropicale, qu'il est d'ailleurs plus précis d'appeler **pathologie exotique,** car certaines des maladies qui la constituent ne sévissent pas seulement dans des régions tropicales proprement dites, mais peuvent également se rencontrer dans des pays plus ou moins éloignés du nôtre, mais à climat non tropical, comme par exemple le pourtour méditerranéen, l'Afrique du Nord ou le Proche et le Moyen-Orient.

LA PATHOLOGIE EXOTIQUE D'IMPORTATION.

Depuis une vingtaine d'années, un phénomène épidémiologique nouveau est apparu et semble prendre une importance croissante : c'est l'existence en Europe d'une " **pathologie exotique d'importation** ", c'est-à-dire la constatation de plus en plus fréquente, dans nos régions tempérées, de cas d'affections inhabituelles, importées de pays lointains ou contractées sur place, à partir de sujets originaires ou en provenance de ces pays.

C'est de cette pathologie exotique d'importation que je voudrais vous entretenir, en insistant sur certains points qui intéressent particulièrement la Belgique.

A dire vrai, cette notion d'importation des maladies tropicales est loin d'être neuve, car, depuis la fin du siècle dernier, date à partir de laquelle de nombreux Belges séjournèrent pendant des périodes plus ou moins longues au Congo, certaines maladies contractées là-bas pouvaient être observées dans notre pays, notamment dans cet Institut, où de nombreux cas de paludisme, de trypanosomiase, de lèpre, de bilharziose et de bien d'autres affections tropicales furent reconnus et traités.

Il s'agissait surtout de maladies à évolution chronique, de longue durée et plus rarement de maladies aiguës ; en effet, le moyen de déplacement pratiquement unique, pour les Européens qui se rendaient dans les régions lointaines ou qui en revenaient était, jusqu'il y a une trentaine d'années, le bateau, moyen relativement lent, puisqu'il fallait une vingtaine de jours pour aller de Matadi à Anvers et plusieurs semaines pour rejoindre la France à partir de l'Indochine. Ce délai prolongé permettait à diverses maladies aiguës de se déclarer pendant le voyage de retour et les médecins de bord, bien familiarisés avec la pathologie tropicale, les reconnaissaient et prenaient les mesures qui s'imposaient, en matière de thérapeutique et d'isolement, voire de quarantaine, s'il le fallait.

1. par rapidité des déplacements aériens

Depuis la fin de la guerre 1940-1945, il n'en est plus de même : le moyen de déplacement le plus habituel est devenu l'avion, qui permet de regagner l'Europe, à partir du Centre de l'Afrique, en quelques heures et de revenir d'Etrême-Orient en des délais à peine supérieurs. Il en résulte que, si un voyageur a contracté une maladie à la fin de son séjour outre-mer, les premiers symptômes peuvent fort bien ne pas se manifester encore au moment où, en bonne santé apparente, il débarque de l'avion ; la maladie ne se déclarera que quelques jours ou même quelques semaines plus tard, à une époque où ayant repris ses occupations habituelles, le patient n'établira trop souvent aucune relation entre son état actuel et le séjour tropical antérieur, dont, parfois, il ne soufflera mot au médecin appelé à le soigner. Des erreurs de diagnostic, dont les conséquences peuvent être très graves, ont ainsi pu se produire.

Je les illustrerai par **deux exemples.**

— **Le premier,** c'est le décès, survenu en 1959, dans son pays, d'un célèbre champion cycliste italien, qui avait contracté le **PALUDISME** lors d'un bref séjour en Afrique ; les symptômes de cette maladie apparurent en Italie, peu après son retour et ne furent pas rattachés à leur cause véritable ; aucun traitement adéquat ne put être mis en œuvre et il en résulta une rapide issue fatale, le diagnostic de paludisme n'étant posé que post-mortem, à l'examen des frottis de sang, fait par un observateur compétent.

Des erreurs de ce genre surviennent parfois en Belgique, où peuvent se déclarer des accès de paludisme grave, chez des personnes récemment revenues d'outre-mer, comme des marins au long cours infectés lors d'une escale ou des patients ayant séjourné au Congo. Pris, à cause de l'aspect souvent trompeur des manifestations paludéennes, pour des cas de grippe, de méningite ou considérés comme atteints d'affections fébriles indéterminées, ces malades peuvent mourir, comme l'infortuné coureur italien, faute d'un diagnostic exact et d'un traitement approprié.

— **Le second** exemple est celui des nombreuses épidémies de **VARIOLE** qui se sont déclarées dans divers pays d'Europe au cours de ces dernières années, épidémies qui survinrent presque toujours dans les mêmes conditions : un sujet européen, africain ou asiatique, revient d'Afrique ou d'Orient par avion, après avoir été au contact du virus variolique, peu de temps avant le moment de son retour.

La période d'incubation — c'est-à-dire la période absolument silencieuse qui s'écoule entre le moment de la contamination et celui où apparaissent les premiers symptômes — est, dans le cas de la variole, assez longue puisqu'elle dure habituellement quatorze jours. La poussée fébrile qui constitue le symptôme initial peut donc ne se produire que dix ou même douze jours après le retour en Europe, délai suffisamment long pour que parfois le malade ne juge pas opportun d'informer son médecin du récent voyage outre-mer, ce qui empêche le praticien de songer à une origine exotique possible de la maladie.

Au moment où apparaît l'éruption caractéristique de la variole, l'erreur peut persister car, même si cette éruption est typique, le médecin habituellement peu familiarisé avec une maladie qui a pratiquement disparu de la pathologie européenne depuis plusieurs décennies, et au sujet de laquelle il ne possède que des connaissances livresques, ne la rattache pas à sa cause, mais pose un diagnostic erroné.

Ce qui complique encore davantage la situation, c'est qu'habituellement le malade a déjà subi une ou plusieurs vaccinations antivarioliques antérieures, mais que, par suite de l'ancienneté de celles-ci, la protection qu'elles apportent a disparu en grande partie, mais non totalement ; ce qui fait qu'elles n'ont pas empêché le patient de contracter la variole, mais l'ont cependant mis à l'abri d'une forme grave, de sorte que la maladie se manifeste sous forme de " **Varioloïde** ", c'est-à-dire d'une variole atténuée, dont l'éruption ressemble tout à fait à celle de la varicelle. D'où l'erreur de diagnostic régulièrement commise en faveur de cette dernière affection, essentiellement bénigne et qui, fait capital, ne nécessite pas de mesures d'isolement sévère, comme la variole.

Mais la varioloïde, si elle est bénigne pour celui qui en est atteint, n'a rien perdu de sa contagiosité et peut malheureusement transmettre aux sujets dépourvus d'immunité une forme grave de la variole ; un cas de ce genre peut donc être à l'origine d'une épidémie plus ou moins importante, avec une mortalité non négligeable. Car il n'est pas inutile de remarquer, en passant, que, quoique la vaccination antivariolique soit obligatoire dans la plupart des pays d'Europe, il existe encore un certain nombre de personnes, même adultes, qui y ont échappé, pour diverses raisons ; négligence ou préjugés de la part des parents, contre-indications d'ordre médical, etc... et ces sujets sont donc hautement susceptibles de contracter la variole, permettant ainsi à la maladie de se propager.

Ces divers faits sont à l'origine d'épidémies qui, habituellement peu étendues, mais parfois meurtrières ont ces dernières années atteint notamment la France, la Grande-Bretagne et l'Allemagne.

En Belgique, il n'y eut heureusement pas, en 1961, de propagation épidémique de la variole, malgré l'arrivée à Bruxelles d'un enfant congolais, qui succomba à la maladie qu'il avait contractée à Kinshasa, où sévissait à cette époque une épidémie importante qui atteignit environ 4.000 personnes.

Ce fait est de nature à nous rassurer sur l'efficacité de la protection conférée actuellement à la population belge par la vaccination antivariolique.

L'antécédent de séjour récent dans une région tropicale est donc de toute première importance pour permettre au médecin d'envisager un diagnostic particulier devant des symptômes inhabituels ou en présence d'une maladie sur laquelle il ne peut d'emblée mettre une étiquette ; l'argument d'ordre géographique doit inciter alors à recourir à des investigations particulières parfois hautement spécialisées qui permettront d'arriver à une certitude.

C'est pour ce motif que le Professeur Maigraith, de Liverpool, recommandait, dans un article paru il y a quelques années, de commencer l'interrogatoire de tout patient par la question : **" Où avez-vous été ? "** et qu'il avait en conséquence intitulé son exposé : **" Unde Venis ? "**, titre emprunté à un satire de Juvénal.

2. par l'immigration de plus en plus nombreuse

A côté de la rapidité actuelle des déplacements par voie aérienne, intervient un second facteur dans le développement de la pathologie exotique d'importation : c'est le **nombre de plus en plus élevé de sujets, originaires de régions plus ou moins lointaines, qui séjournent en Europe,** à des titres divers : voyageurs, étudiants, travailleurs, etc...

C'est là une situation que l'on rencontre dans divers pays d'Europe occidentale et, en ce qui concerne l'origine géographique de ces étrangers, l'influence des pays autrefois colonisateurs est évidente ; c'est ainsi qu'en France, séjournent plusieurs centaines de milliers d'Africains, originaires des anciennes colonies Françaises d'Afrique Centrale, Occidentale, ou d'Afrique du Nord ; en Angleterre, il s'agit notamment d'Indiens et d'Antillais et, en Belgique, de Congolais, dont on estime le nombre à plusieurs milliers. Dans notre pays, au cours de ces dernières années, il s'est produit également un afflux de main-

d'œuvre en provenance de la région périméditerranéenne, plus spécialement d'Italie, d'Espagne, d'Afrique du Nord, de Yougoslavie et, plus récemment, de Turquie.

Ces **résidents temporaires** ou ces **immigrants** ont fréquemment une pathologie différente de la nôtre, des coutumes et un genre de vie qui peuvent s'éloigner fortement de ceux qui nous sont habituels ; de plus, leur niveau socio-économique, surtout en ce qui concerne les migrants, peut être assez bas.

Cet ensemble de circonstances : provenance géographique, existence de certaines affections exotiques, coutumes particulières et éventuellement niveau de vie, favorise considérablement l'introduction de diverses maladies dans notre pays.

En voici **trois exemples.**

— **La LEPRE** est une maladie très répandue au Congo, où, dans certaines régions, quatre à cinq pour cent de la population en sont atteints ; en Belgique, elle a disparu en tant que maladie autochtone depuis la fin du siècle dernier ; ultérieurement cependant, un certain nombre d'Européens se sont contaminés au Congo et, en cet Institut, plusieurs cas de lèpre contractés de cette façon étaient vus et traités annuellement. Durant ces dernières années, la maladie a été reconnue chez plusieurs africains résidant ou de passage en Belgique.

Bien qu'aucun cas contracté sur place n'ait jusqu'à présent été décelé, l'introduction de lépreux en Belgique représente un danger potentiel de contamination, comme le montre l'exemple de la France où, ces récentes années, plusieurs personnes n'ayant jamais quitté le pays, principalement des enfants en milieu scolaire, ont été infectées au contact de lépreux en provenance de contrées d'outre-mer.

Il importe d'ailleurs de faire remarquer qu'il existe encore dans certains pays d'Europe, comme l'Italie, l'Espagne, le Portugal, des foyers autochtones de lèpre, connus parfois depuis fort longtemps, mais se maintenant dans des milieux économiquement peu favorisés, qui réalisent les conditions dans lesquelles se transmet cette maladie, c'est-à-dire le manque d'hygiène, la promiscuité, l'ignorance et la misère ; les migrations de travailleurs, si fréquentes actuellement en Europe, ont permis plus d'une fois à des lépreux méconnus d'être engagés dans d'autres pays, où la maladie n'était alors reconnue que beaucoup plus tard ; le cas s'est déjà produit en Belgique.

Un point particulièrement important, est que les médecins européens connaissent, en général, fort mal une maladie devenue rare dans cette

partie du monde et que, le plus souvent, ils n'en font pas le diagnostic, la confondant avec diverses affections de la peau. Heureusement, la lèpre, contrairement à une croyance encore fort répandue dans le public, n'est pas très contagieuse et il faut d'ordinaire la réalisation des conditions citées il y a quelques instants pour que la contamination se fasse.

— **Le deuxième exemple** sera celui de **l'ANKYLOSTOMIASE.** Provoquée par la présence d'un ver, l'Akylostoma duodenale, dans le tube digestif, cette maladie est extrêmement banale dans les régions chaudes, où le parasite trouve en permanence les conditions favorables à son développement, c'est-à-dire avant tout la chaleur et l'humidité. Dans les régions tempérées, ces facteurs ne se rencontrent que dans des circonstances particulières qui reproduisent, à titre exceptionnel, les conditions réalisées de façon habituelle dans des contrées plus chaudes.

C'est ainsi que l'ankylostomiase frappa gravement la main-d'œuvre employée au percement du **tunnel** du Saint-Gothard, en 1880 et, il y a quelques décennies, elle était fréquente dans les **mines** belges, où elle était bien connue sous le nom d' " anémie des mineurs ". Des mesures d'hygiène appropriée en débarrassèrent totalement nos charbonnages jusqu'à une époque toute récente, où l'immigration d'une importante main-d'œuvre turque la réintroduisit ; en effet, l'ankylostomiase est loin d'être exceptionnelle en Turquie ; en 1963, les divers services médicaux des charbonnages belges ont examiné 5.603 candidats mineurs de nationalité turque et ont décelé parmi eux 88 porteurs d'œufs d'ankylostomes, qui constituaient autant de sources possibles de dissémination de la maladie. Le premier cas autochtone d'ankylostomiase fut d'ailleurs décelé l'année dernière chez un mineur belge.

La situation fut jugée suffisamment inquiétante par les autorités sanitaires pour que des cours spéciaux portant sur l'ankylostomiase, notamment sur les méthodes de diagnostic, fussent organisés dans notre Institut, à l'intention des médecins de charbonnages.

— **Le dernier exemple** que je voudrais citer est celui de la **LEISHMANIOSE VISCERALE** ou kala-azar qui atteint surtout les enfants et dont les principaux foyers sont l'Inde, l'Extrême-Orient et certains pays d'Afrique, comme le Kenya ou le Soudan ; mais la maladie existe aussi sur tout le pourtour méditerranéen : l'Afrique du Nord, le Sud de l'Italie, la Sicile, la Yougoslavie et même le Midi de la France, notamment dans la région de Marseille. Transmis par la piqûre d'un insecte, le phlébotome, le Kala-Azar ne se rencontre pas à l'état autochtone en Belgique, où il n'existe pas de phlébotomes piquant l'homme ; cependant, il y a quelques années, plusieurs cas ont été

reconnus parmi des enfants de travailleurs italiens occupés dans les charbonnages belges ; ces jeunes malades avaient été infectés dans le Sud de l'Italie ou en Sicile et les symptômes caractéristiques n'étaient apparus que plusieurs mois plus tard dans notre pays ; l'aspect particulier de la maladie, peu connue des médecins belges, fut à l'origine d'erreurs fâcheuses, le diagnostic exact n'ayant généralement été établi que tardivement.

Cette leishmaniose viscérale a été observée fréquemment en France peu après la fin de la guerre d'Algérie quand de nombreux jeunes soldats présentèrent dans la mère-patrie, au cours des mois qui suivirent leur démobilisation, les manifestations de la maladie, contractée en Afrique du Nord durant leur période de service. Ces cas furent généralement reconnus sans trop de difficultés par les médecins français, plus familiarisés avec la leishmaniose viscérale que leurs confrères belges, puisqu'il en existe un foyer dans leur propre pays, comme je l'ai signalé tout à l'heure.

Je m'en tiendrai à ces trois exemples d'importation de maladies exotiques en Belgique par migration, en insistant sur le point important que ce qui en constitue le danger, c'est avant tout le fait que ces affections ne sont **souvent pas reconnues avant d'être arrivées à un stade avancé** car les médecins praticiens qui sont amenés à voir ces patients ne disposent pas habituellement de connaissances suffisantes dans ce domaine de la médecine, d'autant plus que l'établissement d'un diagnostic de certitude nécessite généralement, pour les maladies exotiques, le recours à des méthodes spéciales de laboratoire.

LES ERREURS D'INTERPRETATION DU LABORATOIRE.

L'interprétation même de certains résultats d'examens de laboratoire peut devoir être modifiée à cause de l'existence de cette pathologie exotique d'importation. Je citerai la classique réaction de Bordet-Wasserman, dont la positivité entraîne dans nos pays d'Europe le diagnostic de certitude de syphilis, mais qui n'a pas la même signification chez un sujet originaire des régions tropicales où existent certaines affections proches de la syphilis, mais non identiques, que l'on appelle les " **TREPONEMATOSES** ", car elles sont également produites par des tréponèmes, différents toutefois de celui de la syphilis.

Ces tréponématoses sont au nombre de trois et aucune d'entr'elles n'est d'origine vénérienne ; ce sont :

— le **pian,** maladie très répandue en Afrique tropicale et en Extrême-Orient, qui atteint surtout les enfants et se transmet par contact

banal, dans les conditions de promiscuité et de manque d'hygiène habituelles au village de brousse ;

— le **béjel,** ou syphilis endémique, que l'on rencontre principalement dans certaines populations musulmanes nomades, vivant dans des régions désertiques ;

— la **pinta,** tréponématose propre à l'Amérique tropicale et qui se transmet dans des conditions voisines de celles du pian.

Ces trois tréponématoses provoquent l'apparition dans le sang de **réactions sérologiques identiques à celles que l'on observe dans la syphilis ;** ce qui explique que l'on constate un fort pourcentage de positivité de ces réactions chez des sujets originaires de certaines régions tropicales, alors que la syphilis n'est pas toujours en cause ; constatation qui peut amener des erreurs d'interprétation regrettables.

AFFECTIONS D'ORIGINE GENETIQUE.

Une autre constatation de laboratoire qui peut être faite chez des enfants africains examinés en Belgique est celle d'une anémie plus ou moins importante que l'on est tenté de rattacher avant tout à l'Ankylostomiase ou au paludisme, causes habituelles, avec la malnutrition, des anémies de l'enfant en Afrique.

Il existe cependant une autre variété d'anémie, que l'on ne rencontre jamais chez les enfants belges, mais qui est fréquente dans la race noire : c'est la **DREPANOCYTOSE,** appelée aussi anémie à cellules falciformes ou sicklanémie. Due à la présence dans le sang d'une hémoglobine anormale, l'hémoglobine S., cette maladie, contrairement à celles dont je vous ai parlé jusqu'à présent, n'est d'origine ni infectieuse, ni parasitaire, mais bien génétique, de sorte qu'elle a pu être reconnue chez des **enfants de race noire nés et ayant toujours vécu en Belgique,** mais issus de parents africains porteurs tous deux de l'anomalie héréditaire.

Les services de pédiâtrie belges connaissent actuellement bien cette anémie à cellules falciformes, à laquelle nos médecins ont consacré naguère au Congo d'importantes études et le diagnostic en est fait de plus en plus souvent.

Il s'agit dans ce cas particulier d'une forme bien spéciale de pathologie tropicale d'importation.

Les exemples de maladies exotiques importées pourraient être multipliés ; je me limiterai à ceux que je viens d'énumérer, en insistant

toutefois sur le rôle de plus en plus considérable que jouera probablement dans notre pays cette pathologie d'importation, puisque ses deux causes fondamentales, c'est-à-dire la rapidité des voyages par voie aérienne et le nombre de sujets originaires de pays lointains et séjournant en Belgique, ne feront très vraisemblablement que gagner encore en importance à l'avenir.

CONCLUSION.

Au terme de cet exposé, dont le caractère nécessairement technique aura peut-être mis à l'épreuve la patience des auditeurs non médecins présents dans cette salle — et je m'en excuse —, qu'il me soit permis d'en tirer une conclusion.

Il serait hautement souhaitable **que, dans notre pays, les médecins amenés par leurs fonctions à s'occuper de personnes en provenance de pays lointains** — et je pense ici aux médecins hygiénistes, aux médecins du travail, surtout lors des examens d'embauche ; aux médecins des centres d'accueil, voire, dans certaines régions, aux médecins chargés de l'inspection médicale scolaire — **possèdent une connaissance suffisante de la pathologie exotique,** de façon à ne pas courir le risque de méconnaître une maladie inhabituelle en Belgique, erreur dont les conséquences, comme nous l'avons vu, peuvent être graves et même fatales.

D'ailleurs, **une meilleure connaissance, dans l'ensemble du corps médical, des divers aspects de la pathologie exotique d'importation rendrait plus précoce le dépistage de certaines de ces affections,** permettrait de traiter les malades plus tôt et avec plus d'efficacité et diminuerait dans une importante mesure le danger qu'ils peuvent parfois représenter pour la collectivité.

Car, ainsi qu'on l'a dit très justement lors d'un colloque consacré à la pathologie des migrants : si certaines conventions internationales favorisent la libre circulation des travailleurs, cela ne signifie pas qu'elles doivent favoriser aussi la libre circulation des germes des maladies.

Docteur Paul LIMBOS.

nouvelles de saint - Luc

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SOCIETÉ

Saint-Luc Médical donnera in extenso dans son premier numéro de l'année 1968 un compte-rendu des séances tenues à Mons le 5 novembre 1967 :

réunion du Conseil du Verbond

réunion du Conseil de l'Association

assemblée générale statutaire de la Société

réunion du Conseil National de la Société

messe communautaire concélébrée

banquet au restaurant Devos.